Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2023; Vol 8(4), spring, pp 34 - 51

# Comparing the Effectiveness of Group Islamic Spiritual Mindfulness and Group Mindfulness-Based Stress reduction on Compassion Fatigue and Empathy of Nurses

**Gholamhosein Asgari[1]*, Mahin Etemadnia[2], Farnaz Farshbaf Minisefat[2]**

1. Phd Student of Psychology, Department of Psychology, Azad University of Urmia, Urmia, Iran
2. Assistant Professor of Department of Psychology, Azad University of Urmia, Urmia, Iran

***Corresponding Author:** Gholamhosein Asgari, **Email:** asgarih16@yahoo.com, **Tel:** 09144460691

**Received:** 4 April 2023 **Accepted**: 22 May 2023

## Abstract

**Background & Aim:** nurses, during their work process, are involved in extensive tensions that lead to increased compassion fatigue and decreased empathy in them; therefore, therapeutic interventions to reduce compassion fatigue and increase empathy should be considered. Therefore, the present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of group Islamic spiritual mindfulness and group mindfulness-based stress reduction on compassion fatigue and empathy of nurses.

**Materials & Methods:** The present study is a semi-experimental study. The number of 90 nurses working in Arefian Hospital in Urmia in the fall and winter of 1401, with the available sampling method, were selected randomly in 3 groups of Islamic spiritual mindfulness (30 people), mindfulness-based stress reduction (30 people) and the control group (30 people) and they completed the compassion fatigue questionnaires of Figley (1995) and Baron-Cohen empathy (2003) before and after the intervention and after 2 months of follow-up. The data was analyzed by repeated measure analysis of variance with spss22 software.

**Results:** The results of the analysis of variance showed that in compassion fatigue, the mindfulness-based stress reduction group had a higher effectiveness than the Islamic spiritual mindfulness group ($p < 0.05$), but in empathy, the intervention of Islamic spiritual mindfulness had a higher effectiveness than the mindfulness-based stress reduction group ($p < 0.05$).

**Conclusion:** According to the obtained results, it can be concluded that the interventions of group Islamic spiritual mindfulness and group mindfulness-based stress reduction were effective in reducing compassion fatigue and promoting nurses' empathy.

**Keywords**: group Islamic spiritual mindfulness, group mindfulness-based stress reduction, compassion fatigue, empathy, nurses

**How to cite this article:** Asgari GH, Etemadnia M, Farshbaf Minisefat F. Comparing the Effectiveness of Group Islamic Spiritual Mindfulness and Group Mindfulness-Based Stress reduction on Compassion Fatigue and Empathy of Nurses. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2023; Vol 8(4), spring, pp 34 – 51. https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-543-fa.html.

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-18 ]

# مقایسه اثربخشی توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی و کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی بر خستگی از شفقت و همدلی پرستاران

**غلامحسین عسگری*[1]، مهین اعتمادی نیا[2]، فرناز فرشباف مانی صفت[2]**

۱. دانشجوی دکترای روان شناسی ، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران

۲. استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران

* **نویسنده مسئول:** غلامحسین عسگری، **ایمیل:** asgarih16@yahoo.com، **تلفن:** ۰۹۱۴۴۴۶۰۶۹۱

**تاریخ دریافت:** ۱۴۰۲/۰۱/۱۵ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۲/۰۳/۰۱

**چکیده**

**زمینه و هدف:** پرستاران، در طول فرایند کاری خود، درگیر تنش‌های گسترده‌ای می‌شوند که زمینه‌ساز افزایش خستگی از شفقت و کاهش همدلی در آن‌ها می‌شود؛ لذا مداخلات درمانی جهت کاهش شفقت از خستگی و افزایش همدلی باید موردتوجه قرار بگیرد. براین اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی و کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی بر خستگی از شفقت و همدلی پرستاران انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است. تعداد ۹۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان عارفیان ارومیه در پاییز و زمستان ۱۴۰۱، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی (۳۰ نفر)، کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی (۳۰ نفر) و گروه کنترل (۳۰ نفر) قرار گرفتند و پرسشنامه‌های خستگی از شفقت Figley (۱۹۹۵) و همدلی بارون کوهن (۲۰۰۳) را پیش و پس از مداخله و پس از ۲ ماه پیگیری تکمیل نمودند. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و با نرم‌افزار spss22 تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** نتایج تحلیل واریانس نشان داد در خستگی از شفقت، مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی اثربخشی بالاتری نسبت به توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی داشت ($p < ۰/۰۵$)، اما در همدلی، مداخله توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی اثربخشی بالاتری نسبت به مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی داشت ($p < ۰/۰۵$).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، می توان نتیجه گرفت که مداخلات توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی و کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی قابلیت کاهش خستگی از شفقت و ارتقاء همدلی پرستاران اثربخش بودند.

**واژه‌های کلیدی**: توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی، کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی، خستگی از شفقت، همدلی، پرستاران

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-18 ]

## مقدمه

ماهیت شغل پرستاری به دلیل وجود مشکلات کاری، فرسودگی، فشردگی نوبت کاری و ... به شکل یک مشکل اساسی در نظام بهداشت و درمان تبدیل شده است (۱). پرستاری با موقعیت‌های استرس‌زای بسیاری همراه است که می‌تواند منجر به خستگی، کاهش کارایی و بیماری‌های جسمی و روانی شود (۲). بر اساس بررسی سازمان‌های متولی بهداشت، مانند سازمان جهانی بهداشت، متوسط جهانی نیروی پرستار به تعداد تخت‌های بیمارستانی ۲/۵۶ است. این رقم در کشورهای پیشرفته مانند استرالیا، آمریکا و کانادا به ۶/۷ الی ۷ نیز می‌رسد؛ اما در ایران در پایان برنامه چهارم توسعه، این نسبت در مراکز درمانی زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۰/۵۳ بود. نسبت فوق نشان می‌دهد که بیمارستان‌های ایران با کمبود پرستار و بحران منابع انسانی مواجه‌اند. این امر بر کیفیت خدمات ارائه شده اثر نامطلوبی نهاده است و مشکلاتی در خدمت رسانی به بیمار، کیفیت مراقبت و هزینه های درمانی ایجاد کرده است (۳).

در ایران، بر اساس گزارش‌های سازمان نظام پرستاری ۷۵ درصد پرستاران دچار درجاتی از مشکلات جسمی و روانی به ویژه استرس و اضطراب می‌باشند(۴). نوبت کاری و برنامه‌های کاری سخت به افت کیفیت کاری منجر می‌شود و بر بهزیستی پرستاران تأثیر منفی می‌گذارد و در نتیجه پرستاران و بیماران را در معرض خطر آسیب و پیامدهای نامطلوب سلامتی قرار می‌دهد (۵). این وضعیت بر سلامتی پرستاران در ابعاد مختلف، اثرگذار است (۶).

یکی از ظرفیت‌های بسیار مهم در پرستاران، خودشفقت ورزی (Self-Compassion) است. خود شفقت‌ورزی با احساس دوست داشتن خود و نگرانی و مراقبت در مورد دیگران مرتبط است؛ اما به معنای خودمحوری یا ترجیح نیازهای خود به دیگران نیست(۷). رویکرد حمایت‌کننده از مفهوم خود شفقت‌ورزی، دیدگاه تقریباً جدید در حوزه روانشناسی مثبت است که به معنای پذیرش احساسات آسیب‌پذیر، داشتن نگاه مهربانانه نسبت به خود، دیدگاه بدون قضاوت نه ناکامی و شکست‌های خود و بازشناسی اتفاقاتی که شخص در گذشته آن‌ها را تجربه کرده است، می‌باشد (۸). خود شفقت ورزی، یعنی افراد همان مهربانی و مراقبتی که به دیگران دارند، حین تجربه‌ی سختی ها به خودشان نیز داشته باشند(۹). اما شفقت به خود در پرستاران، تحت تاثیر فشار کاری زیاد در و شیفت‌های زیاد در کنار مراقبت از بیماران با وضعیت در حال مرگ، باعث می‌شود پرستاران دچار خستگی از شفقت ( Fatigue due to Compassion) شوند. مفهوم خستگی ناشی از شفقت‌ورزی



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-18 ]

در ادبیات پژوهش بیشتر برای متخصصان حرفه های یاریگرانه به‌کاررفته است و تنها به تازگی در چند پژوهش محدود برای مراقبان خانگی نیز پیشنهاد شده است (۱۰)؛ خستگی ناشی از شفقت‌ورزی تاوان مراقبت است. Figley معتقد است متخصصانی که به داستان‌های سرشار از رنج، درد و ترس گوش می‌دهند، ممکن است همان رنج، درد و ترس را احساس کنند. این پدیده به دلیل تحمل رویارویی با رنج دیگران اتفاق می‌افتد (۱۱ و ۱۲).

اولین بار Jwenson در سال ۱۹۹۲ میلادی اصطلاح خستگی ناشی از شفقت‌ورزی را مطرح کرد. او این اصطلاح را هنگام مطالعهٔ فرسودگی پرستاران بخش اورژانس مطرح و در تعریف آن بیان کرد که خستگی ناشی از شفقت‌ورزی به معنای از دست دادن توانایی تسلی‌دادن است. در سال ۱۹۹۵ میلادی این مفهوم برای برخی متخصصان مراقبتی به کار گرفته شد و به جای اصطلاحاتی مثل ترومای نیابتی، سندروم ترومای ثانویه، استرس ترومای ثانویه، انتقال، فرسودگی یا استرس یاریگران به کار رفت (۱۳). Figleyیکی از افرادی بود که در چارچوب‌بندی نظری اصطلاح خستگی ناشی از شفقت‌ورزی نقش مهمی را ایفا کرد (۱۴). به اعتقاد او همدلی اگرچه در روابط یاورانه ضروری است، همین توانایی می‌تواند یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های خستگی ناشی از شفقت‌ورزی نیز باشد؛ به این معنا که اگر پرستاران همدلی داشته باشند و در فرآیند مراقبت مشارکت کنند، ممکن است دچار خستگی ناشی از شفقت‌ورزی شوند (۱۱).

براین اساس از دیگر عواملی که می‌تواند در پرستاران بسیار اهمیت داشته باشد و در هنگام مواجه باتنش‌ها، به کارشان بیاید، همدلی (Empathy) است. از نظر تاریخی، دو خط مجزا از تحقیقات حول محور همدلی تکامل یافته است (۱۵) .اول، به گفته آیزنبرگ و میلر در سال ۱۹۸۷، از نظر عاطفی، همدلی واکنش‌های عاطفی به تجربیات عاطفی شخص دیگر را توصیف می‌کند. این بدان معنی است که یکی از احساسات مشابه دیگری را تجربه می‌کند. دوم، از منظر شناختی، ویسپ، در سال ۱۹۸۶، همدلی نشان‌دهنده توانایی فرد برای درک احساسات دیگران با در نظر گرفتن دیدگاه آن‌ها و خواندن سیگنال های غیرکلامی آن‌ها تعریف می‌کند (۱۶).

واژه‌نامه آکسفورد همدلی را توانایی پیش‌بینی، درک شخصیت و درک تفکر تعریف نموده است (۱۷)، همدلی تقویت کننده ارتباط حرف‌های بین بیمار و پرستار است. براساس مطالعه‌ای در تایوان، همدلی یک مهارت بالینی مهم برای دانشجویان پرستاری به شمار می‌آید (۱۸). بدون همدلی، پرستاران نمی‌توانند مشکلات و نیازهای بیماران را درک کنند. مطالعات نشان داده‌اند که رویکرد همدلانه در محیط بالینی می‌تواند منجر به افزایش شایستگی بالینی، رضایت حرفه‌ای، افزایش دقت و احساس موفقیت در درمان گردد (۱۹)، درنتیجه همدلی در پرستاران و دانشجویان پرستاری، اهمیت زیادی به خود می‌گیرد (۲۰).

اما امروزه استفاده از مداخلات روان‌شناختی در جهت توانمندسازی پرستاران نیز مورد توجه قرار گرفته است، یکی



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-18 ]

از مداخلاتی که در دو دهه اخیر بسیار مورد استفاده قرار گرفته است، مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی است از طریق فنون مراقبه‌ای ایجاد می‌شود که به افراد کمک می‌کند انعطاف پذیری بیشتری را تجربه نمایند (۲۱). تمرین‌های توجه آگاهی به افراد کمک می‌کند به جای پاسخ‌های ناسازگارانه، سازگارانه مواجه‌هایی بادشواری‌های زندگی داشته باشند (۲۲).

نتایج مطالعات حاکی از اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی در افزایش همدلی و همدردی (۲۳)، کاهش علائم خستگی و افزایش شفقت به خود (۲۴)، کاهش خستگی روانی (۲۵)، کاهش اضطراب و افزایش شادی و توجه‌آگاهی (۲۶)، کاهش استرس و اضطراب (۲۷)، کاهش تعارض کار- خانواده (۲۸)، افزایش بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی پرستاران (۲۹)، کاهش استرس (۳۰)، و افزایش همدلی و کیفیت عشق (۳۱- ۳۳) در پرستاران و سایر گروه‌ها می‌باشد.

همچنین با توجه به وضعیت جامعه ایران که نگرش‌های دینی و معنوی به عنوان ارزش‌های بسیار مهم به حساب می‌آیند، تلفیق ذهن آگاهی با رویکردهای معنوی می تواند به عنوان یک نوآوری تاثیر بیشتری داشته باشد. این رویکرد درمانی، تلفیقی از مفاهیم توجه آگاهی، طرحواره درمانی، معنویت درمانی و آموزه‌های اسلامی است. در تدوین این طرح درمانی بر اصول مشترکی که بین مفاهیم توجه آگاهی غربی و آموزه‌های معنوی اسلام وجود داشته است تأکید شده است (۳۴). وجه مشترک تلفیق آموزش توجه آگاهی که در ذهن آگاهی غربی و رویکرد دینی و معنوی وجود دارد این است که در توجه آگاهی غربی برای ایجاد آرامش درونی و تمرکز از نوعی وِرد یا مانترا استفاده می‌شود. در اسلام نیز استفاده از اذکار و ادعیه برای آرامش درون و پیوند با خداوند توصیه شده است (۳۵). با توجه به افزایش علاقه به ادغام رویکرد معنوی در روش های درمانی مانند توجه آگاهی، بسیار مهم است که پیاده سازی به شیوه‌ای آگاهانه انجام شود (۳۶). همچنین، در متن تعالیم اسلامی روش‌هایی نزدیک به توجه آگاهی برای مقابله با مشکلات ذکر شده است که می‌توان آن‌ها را در سه بخش روش‌های شناختی، روش های عاطفی- معنوی و روش های رفتاری مطرح نمود (۳۷).

در راستای اثربخشی توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی بر خستگی از شفقت پرستاران، نتایج مطالعه رضایی و همکاران (۳۸) نشان داد بسته آموزشی ذهن آگاهی معنوی مبتنی بر آیات قرآن بر تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی زنان مبتلا به حملات اضطرابی اثربخش بود. همچنین نتایج مطالعه رجایی و همکاران(۱۳۹۹) نشان داد درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی معنوی بر امید به زندگی، افسردگی و افکار ناکارآمد زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس اثربخش بود (۳۹). همچنین نتایج پژوهش نیک پی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که توجه آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره‌های معنوی اسلامی موجب بهبود کنترل عاطفی و احساس

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-18 ]

خودارز شمندی در زنان شاغل می شود (۴۰). همچنین نتایج مطالعه فروغیان یزدی و همکاران (۱۴۰۰) نیز حاکی از آن بود که آموزش ذهن آگاهی با رویکرد اسلامی بر بهزیستی معنوی و احساس تنهایی زنان اثربخش بود (۴۱). Kavaklı و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که تمرین های منظم توجه آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به نو به خود موجب بهبود عملکرد روان‌شناختی و افزایش شادی و رفاه در زندگی پرستاران منجر می‌شود (۴۲). همچنین Isgandarova (۲۰۱۹) در مطالعه خود بیان می‌کند که تلفیق مداخله توجه آگاهی با رویکرد دینی می تواند در کاهش مشکلات خلقی و هیجانی موثر باشد (۴۳). باتوجه به اینکه افزایش خستگی ناشی از شفقت و کاهش همدلی در پرستاران می‌تواند مشکلاتی را برای پرستاران در حوزه مراقبتی و ارائه مراقبت‌های پرستاری باکیفیت ایجاد نماید، باید به دنبال راهکار بهبود شرایط در این متغیرها گشت؛ لذا آموزش در این زمینه اهمیت دارد و استفاده از مداخلات روان‌شناختی با توجه به مزایای بالا مانند هزینه‌های اندک، دسترسی راحت، نداشتن عوارض و پیامدهای داروها و مداخلات پزشکی می‌تواند موردتوجه قرار گیرد؛ لذا مطالعه حاضر در پاسخ به این سوال انجام شده است که آیا بین اثربخشی توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی و کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی بر خستگی از شفقت و همدلی پرستاران تفاوت وجود دارد؟

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با پیش آزمون پس آزمون و گروه کنترل با پیگیری ۲ ماهه است. جامعه آماری پژوهش را کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان شهید منصور عارفیان شهر ارومیه در پاییز و زمستان ۱۴۰۱ شامل می شود. معیارهای ورود به پژوهش شامل: داشتن رضایت کامل از شرکت در پژوهش، عدم ابتلاء به بیماری‌های جسمی و روانی بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل: مصرف هر گونه مواد مخدر و الکل، غیبت در بیش از یک سوم جلسات درمانی، هرگونه معلولیت و یا بیماری روان پزشکی و شرکت کردن همزمان در هر نوع مداخله آموزشی دیگر بود.

تعداد ۹۰ نفر از پرستاران که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از تأیید و امضاء فرم رضایت از شرکت در پژوهش، به صورت تصادفی و از طریق قرعه‌کشی در ۳ گروه توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی ( ۳۰ نفر)، کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی ( ۳۰ نفر) و گروه کنترل ( ۳۰ نفر) قرار گرفتند. در مرحله بعد، ۳ گروه در مرحله پیش آزمون مقیاس خستگی از شفقت پرسشنامه کیفیت کاری Figley (۴۴) و همدلی بارون - کوهن (۴۵) را تکمیل نمودند. سپس برای هر کدام از گروه‌های آزمایش در مجموع به مدت ۲ ماه مداخله مبتنی بر توجه آگاهی گروهی (شامل ۸ جلسه، هر هفته ۱ جلسه ۲ ساعته) ارائه گردید. در طول مدت مداخله درمانی برای گروه‌های آزمایش، برای گروه کنترل هیچ آموزش ارائه

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-18 ]

نگردید. پس از انجام فرایند مداخله درمانی، از ۲ گروه پس آزمون گرفته شد و به شرکت‌کنندگان گروه آزمایش جهت آمادگی برای مرحله سوم آزمون، یعنی مرحله پیگیری مجدد، تکالیفی ارائه شد. پس از ۲ ماه جهت انجام مرحله پیگیری مجدد، از شرکت‌کنندگان دعوت شد پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل نمایند. به جهت رعایت اصول اخلاقی این پژوهش در ابتدا، به صورت کتبی از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه اخذ گردید و در ادامه سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات در هر ۳ مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) پس از جلب رضایت پرستاران انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان حصول اطمینان از رازداری در اطلاعات شخصی آن‌ها داده شد. همچنین اطلاعات بدون قید نام افراد در اختیار پژوهشگر گذاشته شد. با اتخاذ تمهیدات مناسب از سوی مسئولین بیمارستان، همچون منظور نمودن مدت زمان مشارکت پرستاران در پژوهش به عنوان برنامه آموزش موظفی آن‌ها و ایجاد انگیزش و ترغیب پرستاران برای همکاری در تحقیق ، ریزش نمونه‌ها اتفاق نیفتاد.

ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های کیفیت کاری Figley (۴۴) و همدلی بارون – کوهن (۴۵) و پروتکل کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی کابات زین (۴۶) می‌باشد که در ادامه توضیح داده شده است. به منظور جمع‌آوری داده‌های مطالعه از پرسشنامه کیفیت کاری و پرسشنامه همدلی بارون-کوهن استفاده شد. پرسشنامه کیفیت کاری Figley در سال ۱۹۹۵ توسط Figley طراحی شده است و برای بررسی خستگی ناشی از شفقت و ارائه مراقبت مورد استفاده قرار می‌گیرد. فرم اولیه این پرسشنامه شامل ۶۶ سوال بود که به ۳۰ عبارت تقلیل یافته است. پرسشنامه از سه زیرمقیاس رضایت از شفقت (۱۰ سوال)، فرسودگی (۱۰ سوال)، وخستگی ناشی از شفقت (۱۰ سوال) تشکیل یافته است. گزینه‌های هر پرسش طبق معیار لیکرت ۶ قسمتی از صفر (هرگز) تا ۵ (همیشه) مرتب شده‌اند. دامنه نمرات گویه ها در هر یک از زیرمقیاس های رضایت از شفقت، فرسودگی و خستگی ناشی از شفقت، صفر تا ۵۰ و دامنه نمره کل بین صفر تا ۱۵۰ است(۴۴). میانگین نمرات گویه ها در هر زیرمقیاس و کل عبارت به عنوان نمره کیفیت زندگی کاری درنظر گرفته می‌شود (۱۱). این پرسشنامه در ایران توسط محمدی و همکاران(۱۳۹۶) ترجمه و در مطالعه آن‌ها مورد استفاده قرار گرفته است (۴۷). به این ترتیب که روایی آن توسط ۱۰ نفر از استادان ارزیابی شده است و شاخص روایی محتوای آن ۰/۸۷ گزارش شد. پایایی آن نیز با استفاده از ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۰ محاسبه شده است. در تحقیق حاضر فقط از زیرمقیاس خستگی از شفقت استفاده شد.

پرسشنامه همدلی بارون-کوهن ۴۰ سوال دارد و هدف آن، ارزیابی همدلی می‌باشد.نمره‌گذاری این پرسشنامه به این صورت است که پاسخ منفی به تقریبا نیمی از سئوالات و پاسخ مثبت به نیمی دیگر ، نشان‌دهنده وجود همدلی است. بیش‌ترین نمره همدلی ۸۰ و کمترین نمره، صفر می‌باشد .

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-18 ]

بارون کوهن و همکاران ضریب اعتبار همسانی درونی و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۹ و ۰/۷۹۰گزارش کرده‌اند (۴۸). در پژوهش ابوالقاسمی ضریب روایی این مقیاس که بر اساس ضریب همبستگی بین مقیاس همدلی با دو مقیاس هوش هیجانی و مقیاس dass۲۱ ، به دست آمد، به ترتیب ۰/۲۷ و ۰/۳۲ بود. برای بررسی اعتبار مقیاس، از روش بازآزمایی استفاده شد که مقدار این ضریب پس از چهار هفته ۰/۸۰ به دست آمد(۴۹). در پژوهش سعیدی، پایایی ابزار، ۰/۴۴ گزارش شد (۵۰).

**برنامه آموزشی کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی:** ساختار جلسات آموزشی پروتکل کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی کابات زین (۴۶) که به صورت جلسات ۲ ساعته و هر هفته یک جلسه در ۸ جلسه بود، به صورت خلاصه به شرح زیر می‌باشد(جدول شماره۱)

جدول شماره ۱: پروتکل کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی MBSR کابات زین (۲۰۱۳)

| جلسه | محتوای جلسه |
|---|---|
| اول | آشنایی و مقدمه: معرفی برنامه(توضیح خستگی از شفقت و همدلی، معرفی MBSR، جلسات و اهداف)، هدایت خودکار، آموزش و تمرین تنفس و خوردن توجه آگاهانه، ارائه تکالیف خانگی |
| دوم | شروع توجه آگاهی: مرور تکالیف خانگی، توضیح استرس، مکانیسم و واکنشها، تشریح نتایج برخی تحقیقات اخیر در مورد اثر بخشی MBSR، مراقبه نشسته (تنفس، گوش دادن به صدا، توجه به افکار و احساسات در حالت نشسته)، تمرین تنفس و قدم زدن توجه آگاهانه، ارائه تکالیف خانگی |
| سوم | توجه به بدن: مرور تکالیف خانگی، آموزش تکنیک اسکن بدن، تمرین تنفس توجه آگاهانه، آموزش تکنیک STOP، فضای تنفس یک دقیقه ای، ارائه تکالیف خانگی |
| چهارم | زیستن در لحظه حاضر: مرور تکالیف خانگی، آموزش حرکات و تمرینهای یوگا، تمرین اسکن بدن و مراقبه یوگا، ارائه تکالیف خانگی |
| پنجم | افکار واقعیات نیستند: مرور تکالیف خانگی، توضیح اهمیت افکار در بروز هیجانات، تمرین مراقبه یوگا در حالت نشسته، ارائه تکالیف خانگی |
| ششم | آشتی با طبیعت: مرور تکالیف خانگی، آموزش و تمرین مراقبه برکه و کوهستان، ارائه تکالیف خانگی |
| هفتم | دوست داشتن خود و دیگران: مرور تکالیف خانگی، آموزش و تمرین مراقبه شفقت، ارائه تکالیف خانگی |
| هشتم | زندگی مبتنی بر توجه‌آگاهی: مرور تکالیف خانگی، دریافت بازخورد از اعضای گروه درباره‌ی اصول آموزش داده شده، جمع بندی مطالب گذشته، استفاده از فنون توجه آگاهانه (پیاده روی توجه‌آگاهانه، غذا خوردن توجه آگاهانه و...) در زندگی و تعمیم آن به کل جریان زندگی. |

**برنامه آموزشی توجه آگاهی مبتنی بر رویکرد اسلامی:** این پروتکل با استفاده از ترکیب آموزش توجه آگاهی و آموزه‌های معنوی فرهنگ اسلامی توسط جلالی و همکاران (۵۱) معرفی و پس از آن از سوی برخی از محققان داخلی متناسب با متغیرهای پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است (جدول شماره۲).

جدول شماره۲ : پروتکل توجهی آگاهی مبتنی بر رویکرد اسلامی جلالی و همکاران (۱۳۹۵)

| جلسه | محتوای جلسه |
|---|---|
| اول | آشنایی، توضیح درباره اصول گروه، تبیین خستگی از شفقت و پیامدهای آن ، و همدلی ، توضیح مفهوم توجه آگاهی باتوجه به مفهوم عرفانی حضور قلب، معرفی و تبیین کیفیت های توجه آگاهی با توجه به مفاهیم و اندیشه اسلامی، معرفی مختصر الگوی توجه آگاهی |
| دوم | هدایت خودکار، عدم حضور قلب، توجه آگاهی در حال انجام و توجه آگاهی در حال بودن، تمرین خوردن کشمش |
| سوم | تنفس آگاهانه، تبیین مفهوم و ارزش نفس از دیدگاه عرفان اسلامی، استعاره دو نعمت در یک نفس |

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-18 ]

| | |
|---|---|
| چهارم | تمرین مراقبه وارسی بدن، اهمیت مهربان بودن و دوست بودن با بدن از نظر اسلام، یکپارچگی جسم و توجه، استعاره «پیل در تاریکی» |
| پنجم | تمرین رابطه افکار با واکنش های هیجانی و رفتاری، اهمیت فکر سالم در اسلام ، تمرین مراقبه نشسته |
| ششم | رابطه افکار محیط کار با واکنش های هیجانی و رفتاری شغلی (رابطه شناخت- عاطفه)، «تمثیل بیهودگی افکار»، تمرین آگاهی از قدم زدن |
| هفتم | تبیین و مقایسه مفهوم پذیرش با توجه به مفهوم «رضا» در اندیشه اسلامی، تمرین آگاهی از صداها و افکار، ارائه شعر «زندگی» |
| هشتم | تمرین مجوز حضور، استعاره مهماندار هواپیما براساس شعر مهمانخانه، استفاده از توجه آگاهی در زندگی روزمره و محیط کار، استعاره پاسبان حواس، اعلام پایان جلسات |

## یافته‌ها

بررسی اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان به تفکیک گروه نشان می‌دهد، در گروه درمان کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی، بیشترین فراوانی در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال با ۱۰ نفر، در گروه توجه آگاهی معنوی اسلامی بیشترین فراوانی در گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال با ۹ نفر و در گروه کنترل نیز بیشترین فراوانی در گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال با ۱۰ نفر بود. در بررسی جنسیت شرکت‌کنندگان، در گروه کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی، ۲۲ نفر مرد و ۸ نفر پرستار زن، در گروه توجه آگاهی معنوی اسلامی، ۱۹ نفر زن و ۱۱ نفر پرستار مرد و در گروه کنترل تعداد برابر ۱۰ نفر مرد و ۲۰ نفر پرستار زن قرار دارند. بررسی وضعیت تحصیلات شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه در گروه کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی، ۲۹ نفر با تحصیلات کارشناسی و ۱ نفر کارشناسی ارشد، در گروه توجه آگاهی معنوی اسلامی، ۲۷ نفر با تحصیلات کارشناسی و ۳ نفر کارشناسی ارشد و در گروه کنترل ۲۶ نفر با تحصیلات کارشناسی و ۴ نفر کارشناسی ارشد قرار دارند (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: نتایج توصیفی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری خستگی از شفقت و همدلی در گروه کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی، گروه توجه آگاهی معنوی اسلامی و گروه کنترل

| متغیرها | گروه | پیش آزمون | | پس آزمون | | پیگیری | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | M | SD | M | SD | M | SD |
| خستگی از شفقت | توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی | ۲۱/۶۰ | ۶/۸۳ | ۱۶/۹۰ | ۶/۲۰ | ۱۸/۱۰ | ۶/۳۸ |
| | کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی | ۲۲/۳۰ | ۵/۰۸ | ۱۱/۸۳ | ۲/۴۵ | ۱۴/۵۷ | ۳/۶۱ |
| | گروه کنترل | ۲۲/۳۱ | ۵/۱۵ | ۲۲/۲۳ | ۵/۳۱ | ۲۱/۷۷ | ۴/۹۷ |
| همدلی | توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی | ۲۶/۷۰ | ۴/۰۶ | ۳۸/۲۰ | ۶/۷۱ | ۳۴/۵۳ | ۶/۰۲ |
| | کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی | ۲۶/۶۳ | ۶/۵۹ | ۳۲/۲۰ | ۶/۳۶ | ۳۰/۳۰ | ۶/۳۷ |
| | گروه کنترل | ۲۶/۳۳ | ۷/۵۴ | ۲۶/۴۳ | ۷/۲۷ | ۲۶/۲۰ | ۷/۵۵ |

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌گردد در گروه‌های آزمایش در خستگی از شفقت، میزان نمرات در پس‌آزمون پایین تر از پیش‌آزمون و مرحله پیگیری و در همدلی بالعکس میزان نمرات در پس‌آزمون بالاتر از پیش‌آزمون و مرحله پیگیری است.

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-18 ]

جدول شماره۴: نتایج آزمون موچلی

| متغیر | W موچلی | مجذور خی | درجه آزادی | سطح معنی‌داری | اپسیلون گرین هاوس – گیسر | اپسیلون هاین – فلت |
|---|---|---|---|---|---|---|
| خستگی از شفقت | ۰/۵۷ | ۵۰/۴۵ | ۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۰ | ۰/۷۲ |
| همدلی | ۰/۴۴ | ۷۱/۳۳ | ۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۴ | ۰/۶۶ |

نتایج جدول شماره ۴، نشان می‌دهد که آماره W موچلی برای خستگی از شفقت (۰/۵۷) و همدلی (۰/۴۴)، در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود. این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به صورت معنی‌داری متفاوت است. بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت باعث می‌شود آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. در رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین هاوس - گیسر(Greenhouse-Geisser) و هاین- فلت(Huynh-Feldt) تصحیح می‌کنند. اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، Stevens (۱۹۹۶) پیشنهاد می‌کند اگر مقدار اپسیلون گرین هاوس – گیسر بزرگتر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هاین- فلت استفاده شود و اگر اپسیلون گرین هاوس – گیسر کوچکتر از ۰/۷۵ و یا هیچ‌گونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین هاوس- گیسر استفاده شود. با توجه به جدول فوق، مقدار اپسیلون شاخص‌های گرین هاوس – گیسر کمتر از ۰/۷۵ است؛ لذا از شاخص گرین هاوس – گیسر برای تصحیح درجه آزادی استفاده شد. بنابراین با در نظر گرفتن تصحیح گرین هاوس – گیسر در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول شماره ۵: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر جهت بررسی مقایسه اثرات درون گروهی، بین گروهی و تعامل مراحل زمانی و گروه در متغیر خستگی از شفقت و همدلی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| متغیر | منابع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجموع مجذورات | آماره F | سطح معنی‌داری | مجذور اتا | توان آزمون |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| خستگی از شفقت | تفاوت مراحل زمانی | ۱۲۷۵/۰۸۹ | ۱/۴۳۳ | ۸۸۹/۸۹۶ | ۱۰۱/۱۹۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۴ | ۱ |
| | تعامل مراحل با گروه | ۸۵۶/۰۴۴ | ۲/۸۶۶ | ۲۹۸/۷۲۱ | ۳۳/۹۷۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۴ | ۱ |
| | تفاوت بین گروهی | ۱۵۵۴/۲۰۰ | ۲ | ۷۷۷/۱۰۰ | ۱۰/۹۸۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۰ | ۱ |
| همدلی | تفاوت مراحل زمانی | ۱۵۲۵/۱۱۹ | ۱/۳۲۰ | ۱۱۵۵/۷۸۶ | ۱۵۷/۶۷۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۴ | ۱ |
| | تعامل مراحل با گروه | ۱۰۲۶/۶۸۱ | ۲/۶۳۹ | ۳۸۹/۰۲۷ | ۵۳/۰۷۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۵۰ | ۱ |
| | تفاوت بین گروهی | ۲۰۹۴/۴۵۲ | ۲ | ۱۰۴۷/۲۲۶ | ۸/۲۶۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۶ | ۱ |

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-18 ]

همانطور که در جدول شماره ۵ نشان داده شده است تفاوت از نظر مراحل زمانی در خستگی از شفقت (P < ۰/۰۱ ؛ F= ۱۰۱/۱۹۸) و همدلی (P < ۰/۰۱ ؛ F= ۱۵۷/۶۷۱) معنی‌دار است. میزان F اثر تعامل مراحل زمانی و گروه در خستگی از شفقت (P < ۰/۰۱ ؛ F= ۳۳/۹۷۰) و همدلی (P < ۰/۰۱ ؛ F= ۵۳/۰۷۱) که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ همدلی در سه مرحله پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. همچنین تفاوت بین گروه‌ها در خستگی از شفقت (P < ۰/۰۱ ؛ F= ۱۰/۹۸۰) و همدلی (۰/۰۱ > P ؛ F= ۸/۲۶۶) معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل در همدلی تفاوت معنی‌دار وجود داشت. این نتایج نشان می‌دهد که مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی بر خستگی از شفقت (p < ۰/۰۱) و همدلی (p < ۰/۰۵) پرستاران اثربخش بود و همچنین اثرات مداخله درمانی تا مرحله پیگیری مجدد حفظ شده است (p < ۰/۰۱).

جدول شماره۶: نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه میانگین‌های افتراقی نمره‌های خستگی از شفقت و همدلی در گروه‌های توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی، گروه کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی و گروه کنترل

| متغیر | گروه‌ها (I) | گروه‌ها (J) | تفاوت میانگین (I-J) | تفاوت خطای استاندارد | Sig |
|---|---|---|---|---|---|
| خستگی از شفقت | توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی | کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی | ۲/۶۳ | ۱/۲۵۴ | ۰/۰۳۹ |
| | توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی | گروه کنترل | ۳/۲۳ | ۱/۲۵۴ | ۰/۰۱۲ |
| | کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی | گروه کنترل | ۵/۸۷ | ۱/۲۵۴ | ۰/۰۰۱ |
| همدلی | توجه‌آگاهی معنوی اسلامی گروهی | کاهش استرس مبتنی بر توجه‌آگاهی گروهی | ۲/۶۳ | ۱/۲۵۴ | ۰/۰۳۹ |
| | توجه‌آگاهی معنوی اسلامی گروهی | گروه کنترل | ۳/۲۳ | ۱/۲۵۴ | ۰/۰۱۲ |
| | کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی | گروه کنترل | ۵/۸۷ | ۱/۲۵۴ | ۰/۰۰۱ |

نتایج جدول شماره۶ نشان می‌دهد که در خستگی از شفقت بین دو گروه توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی و گروه کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی در خستگی از شفقت تفاوت وجود داشت و این تفاوت به نفع گروه کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی بود (P< ۰/۰۵). بین دو گروه توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی و گروه کنترل در خستگی از شفقت تفاوت وجود داشت و این تفاوت به نفع توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی بود (P < ۰/۰۵). همچنین بین گروه کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی و گروه کنترل در خستگی از شفقت تفاوت وجود داشت که این تفاوت به نفع گروه کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی بود (P < ۰/۰۱). در همدلی بین دو

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-18 ]

گروه توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی و گروه کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی در همدلی تفاوت وجود داشت و این تفاوت به نفع گروه توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی بود ($P < ۰/۰۵$). بین دو گروه توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی و گروه کنترل در همدلی تفاوت وجود داشت و این تفاوت به نفع توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی بود ($P < ۰/۰۱$). همچنین بین گروه کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی و گروه کنترل در همدلی تفاوت وجود داشت که این تفاوت به نفع گروه کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی بود ($P < ۰/۰۵$).

## بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی و کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی بر خستگی از شفقت و همدلی پرستاران انجام شده است. نتایج نشان داد، مداخلات توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی و کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی به صورت معنی‌دار منجر به کاهش خستگی از شفقت و افزایش همدلی در پرستاران شدند. همچنین نتایج حاکی از آن بود که در خستگی از شفقت، مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی اثربخشی بالاتری نسبت به توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی داشت. اما در همدلی، مداخله توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی اثربخشی بالاتری نسبت به مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی داشت. یافته به دست آمده مبنی بر اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی در کاهش خستگی شفت پرستاران با نتایج مطالعه طاهری و همکاران (۱۳۹۶)(۲۴)، شعبانی و همکاران (۱۳۹۹)(۲۵)، شفیع آبادی و همکاران(۱۳۹۸) (۲۸) همخوان بود. در تبیین یافته به‌دست‌آمده مبنی بر اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی در کاهش خستگی از شفت و اثربخشی بالاتر این مداخله نسبت به درمان توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی در پرستاران می‌توان گفت در تمرین‌های توجه آگاهی، فرد به شکلی عینی و ملموس، شفقت و مهربانی با خود و دیگر اجزای آن را از طریق کاربرد اشعار و استعاره‌های مختلف از قبیل استعاره مهمان ناخوانده که در آن فرد می‌آموزد چگونه نگرشی همراه با شفقت و مهربانی و بدون قضاوت نسبت به افکار و احساسات خود داشته باشد، فرا می‌گیرد (۲۷). این وضعیت می‌تواند باعث شود پرستاران از دریچه خارج از قضاوت خود به بیماران نگاه کنند و این شرایط منجر به بهبود نظر و دیدگاه آن‌ها شده و زمینه افزایش سطح شفقت به خود، و کاهش میزان خستگی ناشی از شفقت در پرستاران را نیز فراهم می‌نماید. در این راستا، نتایج مطالعه شعبانی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی به کاهش خستگی روانی منجر گردید (۲۵). همچنین Torné-Ruiz و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد آموزش توجه آگاهی منجر به کاهش استرس و اضطراب



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-18 ]

پرستاران شده و از این طریق خستگی آن‌ها نیز کاهش می‌یابد (۲۷). همچنین براساس نظر Shapiro و همکاران (۲۰۰۷) داشتن شفقت به خود نیازمند داشتن توجه آگاهی است؛ یعنی توجه آگاهی یکی از عوامل و مولفه های شفقت به خود نیز می‌تواند باشد؛ بر این اساس با آموزش و مداخله توجه آگاهی، سطح توجه آگاهی پرستاران نیز افزایش می‌یابد (۵۲). در همین راستا، نتایج مطالعه طاهری و همکاران (۱۳۹۶) حاکی از اثربخشی توجه آگاهی در کاهش خستگی از شفقت است (۲۴).

یافته به‌دست‌آمده مبنی بر اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی در افزایش همدلی پرستاران با نتایج مطالعه بهاروند و همکاران(۱۳۹۹) (۲۳)، شمسی و همکاران(۱۳۹۹) (۳۱)، Jones و همکاران (۲۰۱۸) (۳۲) و Bayot و همکاران (۲۰۲۰) (۳۳) همخوان بود. همچنین در تبیین یافته به دست آمده مبنی بر اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی در افزایش همدلی پرستاران می‌توان اشاره کرد که در مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی، باید اشاره نمود که مداخله توجه آگاهی می‌تواند با آموزش مهارت‌هایی مانند مراقبه متمرکز بر تنفس، وارسی بدن و تمرین‌های یوگا، آگاهی لحظه به لحظه افراد از احساسات، افکار و حس‌های بدنی را افزایش دهد (۲۳) و به افراد می‌آموزد، به جای واکنش‌های عادتی و خودکار و تلاش برای رهایی از حالت نامطلوب، حالت درونی خود را بپذیرند (۲۱) و با تمرین مهربانی به خود و دیگران، هم در بعد درون فردی و هم بعد بین فردی، واکنش‌های آگاهانه و مطلوب‌تری نشان دهند (۵۳). در همین راستا باید اشاره کرد، اینکه پرستاران بتوانند احساسات خود را آزادانه و بدون کنترل افراطی بیان کنند، این معادل افزایش همدلی در آن‌ها می‌تواند باشد. در تایید این تبیین، نتایج مطالعه Jones و همکاران (۲۰۱۸) حاکی از اثربخشی مداخله توجه آگاهی در ارتقاء همدلی بود (۲۱).

همچنین نتایج مطالعات رضایی و همکاران(۱۴۰۱) (۳۸)، رجایی و همکاران(۱۳۹۹) (۳۹)، نیک پی و همکاران(۱۳۹۸) (۴۰)، فروغیان یزدی و همکاران(۱۴۰۰) (۴۱) و Kavaklı و همکاران(۲۰۱۹) (۴۲) در راستای اثربخشی توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی بود. در همین راستای ارتباط اثربخشی توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی بر خستگی از شفقت پرستاران، نتایج مطالعه رضایی و همکاران (۱۴۰۱) نشان داد بسته آموزشی توجه آگاهی معنوی مبتنی بر آیات قرآن بر تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی زنان مبتلا به حملات اضطرابی اثربخش بود (۳۸). همچنین نتایج مطالعه رجایی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد درمان مبتنی بر توجه آگاهی معنوی بر امید به زندگی، و کاهش افسردگی و افکار ناکارآمد زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس اثربخش بود (۳۹). همچنین نتایج پژوهش نیک پی و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند که توجه آگاهی مبتنی بر



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-18 ]

فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی اسلامی موجب بهبود کنترل عاطفی و احساس خود ارزشمندی در زنان شاغل می‌شود (۴۰). همچنین نتایج مطالعه فروغیان یزدی و همکاران (۱۴۰۰) نیز حاکی از آن بود که آموزش توجه آگاهی با رویکرد اسلامی بر بهزیستی معنوی و احساس تنهایی زنان اثربخش بود (۴۱). نتایج مطالعه Kavakl و همکاران (۲۰۱۹) حاکی از آن بود که تمرین‌های منظم توجه آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به نوبه خود موجب بهبود عملکرد روان‌شناختی و افزایش شادی و رفاه در زندگی پرستاران منجر می‌شود (۴۲).

اثربخشی توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی بر خستگی از شفقت پرستاران را بدین صورت می‌توان تبیین کرد که پرستاران به دلیل اینکه مکرراً با بیماران در حال مرگ و همچنین مرگ بیماران مواجه می‌شوند، نظر به اینکه آموزه‌های دینی و معنوی از قابلیت‌های لازم جهت ارتقاء ظرفیت‌های مقابله‌ای پرستاران و افزایش توان مواجه با این رخدادها برخوردارند، لذا وقتی آموزش‌های دینی- معنوی در قالب برنامه مداخله‌ای با توجه آگاهی تلفیق و ترکیب می‌شوند، این مدل می‌تواند با استفاده از فنونی همچون تمرین رابطه بین افکار با واکنش‌های هیجانی و رفتاری، اهمیت فکر سالم در اسلام و نحوهٔ برخورد با افکار ناکارآمد، به بیماران بیاموزد تا به جای سرکوب احساسات، به تخلیهٔ مناسب آنها بپردازند و در مواقع فشار روانی با توسل به خداوند، آرامش لازم را به دست آورند (۴۱). همچنین در تبیین اثربخشی توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی بر همدلی پرستاران و اثربخشی بالاتر این مداخله نسبت به درمان کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی بر ارتقاء همدلی پرستاران می‌توان بدین صورت بحث کرد که پرستاران در جریان گروه درمانی تلفیقی توجه آگاهی و رویکرد معنوی- اسلامی می‌آموزند که چالش‌های پیش آمده را به اراده و مشیت الهی نسبت دهند و سعی کنند با صبر و واگذاری عاقبت امور به خداوند کمتر در برابر حوادث و وقایع غیرمنتظره احساس عجز کنند و با توکل به نیرویی مافوق‌الطبیعه احساس آرامش کنند و بدانند که شرایط خوشایند و ناخوشایند، موقتی و گذرا است (۴۷) که در کنار توکل به خداوند با استفاده از ظرفیت‌های ذهنی و شخصیتی مانند توجه آگاهی بالا، بتوانند بیشتر بیماران را درک کنند و از این طریق همدلی بیشتری نسبت به بیماران داشته باشند. در همین راستا، نتایج مطالعه فروغیان یزدی و همکاران(۱۴۰۰) نیز حاکی از آن بود که آموزش ذهن آگاهی با رویکرد اسلامی بر بهزیستی معنوی و احساس تنهایی زنان اثربخش بود و توانست با غلبه بر احساس تنهایی، زمینه رشد همدلی بالاتر را نیز ایجاد نماید (۴۱).

## نتیجه‌گیری



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-18 ]

در نهایت در نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت اثربخشی توجه آگاهی معنوی اسلامی گروهی و کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی بر خستگی از شفقت و همدلی پرستاران اثربخش و یک موثر در کاهش خستگی ناشی از شفقت و بهبود همدلی پرستاران بود. بر همین اساس با تمرکز بر نتایج مطالعه حاضر و استفاده از این مداخله در مراکز درمانی و برای پرستاران، می‌توان به کاهش مشکلات این گروه از افراد که در معرض تنش‌های زیادی در محیط کاری هستند اقدام نمود. مشکل پایین بودن انگیزش و مشغله کاری پرستاران ، به عنوان مانعی در بدو امر برای انجام پژوهش مطرح بود که خوشبختانه با اتخاذ تدابیر مناسب از سوی مسئولین بیمارستان که در بخش روش به آن‌ها اشاره شد ، مرتفع گردید در همین راستا و در انجام مطالعه حاضر، محدودیت‌هایی مانند نمونه‌گیری در دسترس در مرحله اول نمونه‌گیری، حجم نمونه اندک و همچنین عدم امکان کنترل جنسیت به دلیل کثرت تعداد پرستاران زن نسبت به پرستاران مرد و همچنین عدم امکان مشارکت برخی از پرستاران مرد در تحقیق با توجه به ماموریتهای متفرقه محوله مطرح بود که پیشنهاد می‌گردد پژوهشگران در مطالعات آتی با انجام پژوهش‌های مشابه در جهت تأیید و تثبیت نتایج، زمینه‌سازی جهت کاهش محدودیت‌های اشاره‌شده را نیز مد نظر قرار دهند. در نهایت در پیشنهادی کاربردی برای مراکز آموزشی-درمانی و بیمارستان‌ها، به جهت کاهش مشکلات پرستاران مانند خستگی از شفقت و همچنین ارتقاء توانمندی‌ها و ظرفیت‌هایی مانند همدلی، مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی در پرستاران مورد توجه قرار گیرد.

## تشکر و قدردانی

در نهایت از ریاست و مسئولین بخش‌های بیمارستان شهید عارفیان ارومیه و تمام پرستاران حاضر در مطالعه، تشکر می‌شود. مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی آقای غلامحسین عسگری با کد اخلاق IR.IAU.URMIA.REC.1401.002 کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی می‌باشد، از تمامی عوامل حمایت‌کننده نهایت تشکر به عمل می‌آید.

## تعارض منافع

نویسـندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی را ذکر نمی‌کنند.

**References**

1. Balaoing G. Nursing Burnout and Preventative Measures [Senior Thesis]. School of Health and Natural Sciences; 2023; p.11.

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-18 ]

2. Dopolani FN, Arefi MF, Akhlaghi E, Ghalichi Z, Salehi AS, Khajehnasiri F, Hami M, Poursadeqiyan M, KHammar A. Investigation of occupational fatigue and safety climate among nurses using the structural equation model. Work. 2022; (Preprint):1-11.
3. Rangriz H, Moosavi SZ. General Health Policies and The effect of burnout by overworks on the shortage of nurses in Iranian hospitals. Quarterly Journal of the Macro and Strategic Policies. 2014; 2(7): 43-64. [Persian]
4. Matourypour P, Ghaedi Heydari F, Bagheri I, Mmarian R. The Effect of Progressive Muscle Relaxation on the Occupational Stress of Nurses in Critical Care Units. Hakim Jorjani J. 2012; 1(1): 9-15. [Persian]
5. Orly S, Rivka B, Rivka E, Medse M, Dorit SE. Are cognitive-behavioral interventions effective in reducing occupational stress among nurses? Appl Nurs Res. 2012; 25(3): 152-57.
6. Mohammed AE, Mohamed Mourad G, Mohamed Ahmed F. The Effect of Implementing Work Stress Management Program on Compassion Fatigue of Nurses Working at Oncology Department. Journal of Nursing Science Benha University. 2023; 4(1):996-1010.
7. Wang L, Wang KS. Age Differences in the Association of Severe Psychological Distress and Behavioral Factors with Heart Disease. Psychiatry J. 2013; 2013(1): 1-9.
8. Raes F. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. Person and Indivi Differ. 2010; 48(6): 757-61.
9. Yeşil A, Polat Ş. Investigation of psychological factors related to compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among nurses. BMC nursing. 2023; 22(1):1-2.
10. Lynch SH. Looking at Compassion Fatigue Differently: Application to Family Caregivers. American Journal of Health Education, 2018; 49(1): 9-11.
11. Figley CR. Treating compassion fatigue. New York: Brunner-Routledge; 2002. p.88.
12. Naghavi A, Zamani-Forooshani F. Fatigue and Satisfaction due to Compassion: the Experiences of Mother Caregivers of a Child with Disability. Journal of Applied Sociology. 2019; 30(4): 21-34. [Persian]
13. Coetzee S, & Laschinger H. Toward a comprehensive, theoretical model of compassion fatigue: An integrative literature review: Theoretical model of compassion fatigue. Nurs and Hea Sci. 2018; 20(2):24-32.
14. Ondrejková N, Júlia Halamová MA. Prevalence of compassion fatigue among helping professions and relationship to compassion for others, self-compassion and self-criticism. 2022; 30 (5):1680-94.
15. Baron-Cohen S & Wheelwright S. The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2004; 34(2):163-75.
16. Aldrup, K, Carstensen B & Klusmann U. Is Empathy the Key to Effective Teaching? A Systematic Review of Its Association with Teacher-Student Interactions and Student Outcomes. Educ Psychol Rev. 2022; 34(1):1177-216.
17. Khodabakhsh MR, Mansoori P. Empathy and its impact on promoting physician-patients relationship. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2011 4(3):38-46. [Persian]
18. Mardani-Hamooleh M, Ahmadi M, Seyedfatemi N, Haghani H. Relationship between Empathy and Spiritual Attitude among Nursing Students in Tehran. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2018; 11(1): 176-88. [Persian]
19. Mikaeili N, Ghaffari M. The relationship between personal intelligence and empathy in nurses and their moral sensitivity. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2016; 8(6):45-56. [Persian]

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-18 ]

20. Rezaei R, Vagharseyyedin SA, Taheri F & Nikkhah BA. The effect of Spiritual Care Training on the Empathy among Nursing Students. Medical Ethics. 2020; 14(45): 1-11. [Persian]
21. Jones L, Gold E, Totsika V, Hastings RP, Jones M, Griffiths A & Silverton S. A mindfulness parent well -being course: Evaluation of outcomes for parents of children with autism and related disabilities recruited through special schools. European Journal of Special Needs Education. 2018; 33(1):16-30.
22. Raj A & Kumar P. Efficacy of mindfulness based stress reduction (MBSR): A brief overview. Journal of Disability Management and Rehabilitation. 2018; 4(2):73 -81.
23. Baharvand I, Sodani M. The effectiveness of mindfulness - based stress reduction training on empathy and sympathy in single mother - headed adolescents. Psychologicalscience. 2020; 19(86): 191-83.
24. Taheri S, Sajadian I. Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy on symptoms of fatigue, self-compassion and mindfulness on Employers with Chronic Fatigue Syndrome. Career and Organizational Counseling. 2017; 9(30): 145-71.
25. Shabani M, Jarareh J. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Caregiver Burden and Mental Fatigue of Autistic Children's Mothers. Socialworkmag 2020; 9(1):5-12. [Persian]
26. Talebi M. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Anxiety, Happiness and Mindfulness in Nurses. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2021; 29(2):126-36. [Persian]
27. Torné-Ruiz A, Reguant M, Roca J. Mindfulness for stress and anxiety management in nursing students in a clinical simulation: A quasi-experimental study. Nurse Education in Practice. 2023; 66(1):103533.
28. Shafiabadi A, Haghani Zemydani M, Salimi Bajestani H, Ghasemi Jobaneh R. Effectiveness of Mindfulness Training on work-family conflict of married nurses. JNE. 2019; 7(5):38-44
29. Izadabadi Z, Balvardi M, Imani-goghary Z. Effectiveness of Mindfulness and Metacognition Education on Social Welfare and Life Expectancy of Nurses. IJPN. 2020; 8(5):14-24
30. Zahedirad Z, Rezakhani S, Vakili P. Comparison effectiveness of Mindfulness-Bsed Cognitive therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction method on Stress among Nurses in Psychiatric Hospital. IJNR. 2020; 15(5):84-98. [Persian]
31. Shamsi M, Taghvaei D, Davoodi H. Offering Attachment-Based Mindfulness Therapy and Evaluating Its Efficacy on the Quality of Love and Empathy in Women Who Have Experienced Marital Infidelity. Journal of Applied Psychological Research. 2022; 13(2): 303-23. [Persian]
32. Jones SM, Bodie GD, Hughes SD. The impact of mindfulness on empathy, active listening, and perceived provisions of emotional support. Communication Research. 2019; 46(6):838-65.
33. Bayot M, Vermeulen N, Kever A, Mikolajczak M. Mindfulness and empathy: Differential effects of explicit and implicit Buddhist teachings. Mindfulness. 2020; 11(1): 5-17.
34. Porzoor P, Babaei F, Abbasi M, Pirani Z, Mikaeili A. The effectiveness of mindfulness training with an Islamic approach to disenchantment with school education and student school welfare of students. Res in Teach. 2018; 5(4):1-16.
35. Naimi E. Quran verses and views on Islamic counseling techniques and principles. Tehran: Allameh Tabatabaei University; 2010. [Persian]
36. Temme LJ & Kopak AM. Maximizing recovery through the promotion of mindfulness and spirituality. Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought.2016; 35(1-2): 41-56.
37. Akbari H, Shafiabadi A. The Development of a Treatment Protocol by Consciousness Raising Based on the Activation of Islamic-Spiritual Schemas and omparing

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-18 ]

Its Effectiveness with the Process-Experiential /Emotion-Focused Therapy on Decreasing the Social Anxiety of University Students. Counseling Culture and Psycotherapy.2013; 4(14):1-22. [Persian]
38. Rezaie S, Kakabaraee K. Compilation of Spiritual Mindfulness Educational Package Based on Quranic Verses and Its Effectiveness on Regulation of Excitement and Tolerance of Disturbance of Women Suffering From Anxiety Attacks with Experience of Spontaneous Abortion. The Women and Families Cultural-Educational. 2022; 17(61):123-54.
39. Rajaei S, Sedrpoushan N. The Effectiveness of Mindfulness-Based Compassion Therapy on Life Expectancy, Depression and Dysfunctional Thoughts of Women with Multiple Sclerosis. Quran and Medicine. 2020; 5(1): 118-26. [Persian]
40. Nikpey Z, Keshishi K, Kashiri P, Toopeh M, Keramati F. Effectiveness of Mindfulness based on Activating Spiritual-Islamic Schemas on Affect Control and Sense of Self-Worth among Employed Women. Islamic Life Style. 2019; 3(5):17-24.
41. Foroghian-Yazdi F, Askarizadeh G, Pourmohammad-Ghouchani K. Effectiveness of Mindfulness Training with Islamic Approach on Spiritual Well-being and Loneliness in Women with Type 2 Diabetes. Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat (i.e., Research on Religion & Health). 2021; 6(4):32-44. [Persian]
42. Kavaklı M, Kozan HİÖ, Kesici Ş, Mehmet AK. How can we feel happy? The examination of relationships among happiness, mindfulness and forgiveness. Res Educ Psychol. 2019; 3(2): 198-208.
43. Isgandarova N. Muraqaba as a Mindfulness-Based Therapy in Islamic Psychotherapy. J Relig Health. 2019; 58(4):1146-160.
44. Figley C, Charles R. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder. In C. R. Figley (Ed.), Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder. (pp.1 -20). New York: Brunner/Mazel. 1995.
45. Mcclure I. The essential difference: men, women and the extreme male brain. BMJ. 2003;327(7405):57.
46. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness (revised and updated Ed). New York: the random house publishing group; 2013.
47. Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Compassion fatigue in nurses of intensive care unit. Quarterly Journal of Medical Ethics. 2017; 9(33): 85-102. [Persian]
48. Lawrence EJ, Shaw P, Baker D, Baron -Cohen S, David AS. Measuring empathy: reliability and validity of the Empathy Quotient. Psychological Medicine. 2004; 34(5):911-20.
49. AbouAlghasemi A. The Reliability and Validation of the Empathy Quotient Scale for High School Students. Psychological studies. 2009; 5(4): 9-25.
50. Saeidi N, Pour Shah Abadi F, Jorjani M, Akbarian M, Mafakheri M. Prediction of Chronic Pain Components based on Mentalization, Emotion Regulation and Empathy in Patients with Chronic Pain. J Mil Med. 2022; 24 (8):1506-516 .
51. Jalali D, Aghaee A, Solati S K. Comparing the effectivness of Natived Mindfulness Based Cognitive Therapy (nMBCT) according to Iranian- Islamic culture and Cognitive- Behavioral Therapy (CBT) on blood presure. J Shahrekord Univ Med Sci. 2017; 18(6):125-39.
52. Shapiro SL, Biegel GM & Brown KW. Teaching self-care to caregivers: Stress reduction on the mental health of therapists in training. Training and Education in Professional Psychology. 2007; 2(1): 105-15.
53. Liu C, Chen H, Cao X, Sun Y, Liu CY, Wu K, Liang YC, Hsu SE, Huang DH, Chiou WK. Effects of mindfulness meditation on doctors' mindfulness, patient safety culture, patient safety competency and adverse event. International journal of environmental research and public health. 2022; 19(6):1-15.

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-18 ]